

Elizondo Barrios, Raquel

Condiciones socioeconómicas y perfil epidemiológico del sector que asistía al Hospital de Niños, 1976-1983

Segundas Jornadas Nacionales de Historia Social

13, 14 y 15 de mayo de 2009

Elizondo Barrios, R. (2009). Condiciones socioeconómicas y perfil epidemiológico del sector que asistía al Hospital de Niños, 1976-1983. Segundas Jornadas Nacionales de Historia Social, 13, 14 y 15 de mayo de 2009, La Falda, Córdoba. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9736/ev.9736.pdf

Información adicional en www.memoria.fahce.unlp.edu.ar



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

SEGUNDAS JORNADAS NACIONALES DE HISTORIA SOCIAL
13, 14 y 15 de mayo de 2009
La Falda, Córdoba - Argentina

Mesa 3: Las condiciones materiales de vida (siglos XVI-XX)

Autor: Raquel Elizondo Barrios

Inserción institucional: FONCyT- CEH- UNC- UNLP

Situación de revista: Becaria de la Agencia Nacional de Ciencia y Técnica (FONCyT); socia activa del Centro de Estudios Históricos “Prof. Carlos S.A. Segreti”; Adscripta a la Cátedra de Historia Agraria de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba; Doctoranda de la Universidad Nacional de La Plata.

Dirección Institucional: CEH “Prof. Carlos S. A. Segreti”. Miguel C. del Corro 307, 5000 Córdoba.

Título:

Condiciones socioeconómicas y perfil epidemiológico del sector que asistía al Hospital de Niños, 1976-1983¹

Introducción

En la actualidad la salud es entendida como el resultado de la interacción entre las condiciones del medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y el sistema de organización de la atención de la salud; es por ello que ya no se puede hablar de un solo factor desencadenante de la enfermedad, sino de numerosas causas que interactúan e influyen en el proceso salud/enfermedad del individuo.

La justificación de este análisis radicaba en que si bien es cierto que las causas de muerte representaban una adecuada descripción del perfil epidemiológico; consideramos que sólo reflejaban una pequeña porción del perfil de salud de la población.

Como es sabido la provincia de Córdoba se encontraba, en el período 1976-1983, en las últimas etapas de la transición en salud, por su parte el contexto socioeconómico nacional mostraba un aumento de la pobreza y desocupación, por ello entendimos que era necesario observar los cambios en el perfil epidemiológico de la población infantil, centrándonos exclusivamente en aquellas patologías que demandaron la internación de los pequeños menores de 1 año.

La elección del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, de la provincia de Córdoba, se debió a que el mismo fue un referente muy importante del sistema de salud

¹ El trabajo que a continuación presentamos forma parte del trabajo final de Licenciatura en Historia titulado “*Morbilidad y mortalidad infantil en Córdoba, en un período de crisis económica y social. El caso del Hospital de Niños 1976/1983*”, Raquel Elizondo Barrios, Alejandra Gómez, año 2007.

provincial, al cual acudían niños de vastos sectores de la población cordobesa y de otras provincias también.

El objetivo del trabajo fue relacionar las condiciones socioeconómicas que determinaban el contexto higiénico-sanitario en el cual vivía el niño con el tipo de enfermedades que prevalecían entre las causas de internación; de esta forma establecimos cuáles eran los factores de riesgo que condicionaban el proceso salud/enfermedad de los niños menores de 1 año internados en el Hospital de Niños de Córdoba entre 1976-1983.

Para analizar la conformación del perfil epidemiológico tuvimos en cuenta factores de riesgo que fueron estimables en base a indicadores socioeconómicos y que influyeron en la presencia y reincidencia de ciertas afecciones. Algunos de estos indicadores fueron: ocupación del jefe de familia, índice de hacinamiento y la tenencia de determinados servicios, como energía eléctrica, agua potable y el servicio sanitario.

Las fuentes utilizadas para analizar la conformación del perfil epidemiológico, en dicho nosocomio, fueron las Historias Clínicas (en adelante HC)². La particularidad de dicho documento radicaba en que las mismas, brindaron mucha información, no sólo sobre la patología que demandaba la internación, sino que también daban cuenta de las condiciones socioeconómicas del entorno en el cual vivía el paciente. Parte de la información hacía referencia a la cantidad de personas que componían el hogar, los materiales con los que estaba construida la vivienda, edad de los padres, filiación, antecedentes patológicos, inmunizaciones, entre otros.

Estado de la cuestión

En la búsqueda de estudios referentes a nuestro tema, encontramos numerosos informes, tesis y bibliografía donde los aspectos predominantes de análisis habían sido la investigación de los niveles y tendencias de la mortalidad en general e infantil en América latina y nuestro país, así como también la comparación de las diferencias que se habían producido entre los distintos grupos sociales y regiones.

En relación con las características de la mortalidad en grupos con condiciones socioeconómicas diferentes y entre países que se encontraban en diversas etapas históricas, Hugo Behn Rosas sostenía que la mortalidad dependía de la etapa histórica

² La investigación se realizó por medio del relevamiento de aproximadamente 18.000 HC, de las cuales se utilizaron en la confección de la base de datos 9683, aquellas que daban cuenta de los niños menores de 1 año.

en que se hallaba la sociedad, y estableció que debido a las características de las economías subdesarrolladas y dependientes que predominaban en América Latina, las diferencias sociales ante la muerte eran importantes³.

Por su parte Mercedes Aguilar destacaba, entre otras conclusiones, que los procesos de transición demográfica y epidemiológica no tuvieron una secuencia cronológica única en los distintos países, ni siquiera fue única esta secuencia dentro de un país determinado por lo que podían coexistir en un mismo lugar distintos perfiles epidemiológicos tanto en sus diferentes zonas geográficas, como entre sus subgrupos poblacionales. En relación a la mortalidad infantil, observaba que las defunciones se caracterizaron por el predominio de ciertas enfermedades según la etapa de la transición epidemiológica que estaba atravesando; de esta manera postulaba que en una etapa inicial de la transición epidemiológica predominaban las enfermedades infecciosas como diarreas, infecciones respiratorias y patologías inmunoprevenibles, pero con el avance de la transición, éstas últimas perdieron importancia y las diarreas y enfermedades infecciosas respiratorias ocuparon los primeros lugares entre las causas de mortalidad infantil; en una etapa más avanzada de la transición estas causas fueron desplazadas por enfermedades perinatales; convirtiéndose éstas y las anomalías congénitas en las principales causas de muerte⁴.

Sonia Myschaszula, en uno de sus trabajos llegó a la conclusión de que el comportamiento de la mortalidad infantil no era un fiel reflejo de la situación económica de un país o de una región, ya que existían casos en que a pesar de un deterioro en la situación económica de un país, la mortalidad infantil había continuado descendiendo; también sostenía que la reducción en los niveles de la mortalidad infantil no implicaban necesariamente mejoras en las condiciones de salud⁵.

Más recientemente María Franci Alvarez analizó la mortalidad diferencial de los menores de un año en Argentina en el período que extendió entre 1980 y 1995;

³ Hugo, Behn Rosas, *Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina*, Serie B. CELADE. 1992.

⁴ El trabajo de Mercedes Aguilar es un análisis comparativo de la mortalidad y sus causas, en Argentina, Uruguay y Chile analizó el perfil epidemiológico de estos países considerados como los más envejecidos de América Latina, además éstos se encontraban en una etapa avanzada de la transición demográfica y transición epidemiológica; con respecto a esta última sostiene que las enfermedades infecciosas presentaban un peso relativo bajo y las enfermedades crónicas y degenerativas prevalecían sobre el resto. Mercedes, Aguilar, *La Transición epidemiológica en América del Sur. Las Causas de Defunciones en los Países más envejecidos: Argentina, Chile y Uruguay*. II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. México. 2006.

⁵ Sonia, Myschaszula, Mortalidad Infantil: Situación y Logros, En *Ciencia Hoy* Revista de Divulgación Científica. Vol. I N° 2. Febrero/ Marzo. 1989.

observando la tendencia de la mortalidad infantil neonatal (en adelante MIN) y de la mortalidad infantil postneonatal (en adelante MIPN) según sexo y provincias, tomando en cuenta las variaciones que se produjeron a nivel de la mortalidad infantil por grupos de causas según criterios de evitabilidad para delinear el perfil epidemiológico de la región. Partiendo del concepto de transición epidemiológica para el análisis de las diferencias entre países, regiones o grupos sociales, la autora destacó, que a medida que se avanzaba en la transición, las desigualdades en materia de salud se volvieron más agudas, provocando una polarización epidemiológica⁶. En otro trabajo, esta autora afirmaba que las condiciones socioeconómicas tenían gran influencia sobre la mortalidad infantil, sobre todo la calidad de la vivienda, la procedencia y suministro de agua, las características de los servicios sanitarios, el hacinamiento y la capacidad de subsistencia de los hogares⁷.

Dora Celton también analizó la mortalidad infantil, constatando que entre los años 1980 y 1983 la tasa de mortalidad infantil se mantuvo relativamente constante, y en descenso. En una comparación que realizaba entre las tasas de mortalidad infantil registradas para todo el país y para Córdoba, rescataba que nuestra provincia presentó menores niveles de mortalidad infantil⁸.

Desde otra perspectiva y con una finalidad diferente Susana Alem, Raúl Secrestat y María del Carmen Bustos analizaron la tendencia de la MIN y de la MIPN en Córdoba desde 1963 a 1982, con el objeto de determinar las diez primeras causas de muerte en la provincia; es de destacar que todos estos datos fueron establecidos para las

⁶ María Franci Álvarez apunta que el cambio en los factores de riesgo influyeron en la incidencia de las enfermedades, este fue uno de los mecanismos que intervinieron en las transformaciones a largo plazo del perfil epidemiológico, agregaba además que el nivel de riesgo de la población se estimaba en base a indicadores socioeconómicos y culturales que tenían una relación importante con la mortalidad o la morbilidad; en base a esto caracterizaba a la población de menores de 1 año en bajo, intermedio o alto riesgo de acuerdo a los siguientes factores: edad de la madre, nivel de instrucción, peso al nacer, edad gestacional, número de orden de nacimiento, filiación, lugar de ocurrencia, persona que atendió el parto. María Franci Álvarez, *Mortalidad diferencial de los menores de un año. Argentina 1980-1995*, CEA, UNC, 1998.

⁷ María Franci Álvarez, “La Mortalidad Infantil en Relación con las Condiciones Socioeconómicas en la Frontera Argentino-Paraguaya”, en: *I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*. Brasil 2004.

⁸ Dora Celton, *Informe Demográfico de la Provincia de Córdoba*. Colección Debates. CEA. UNC. Mientras que en otra investigación la misma autora abordó la evolución demográfica de la ciudad de Córdoba entre los años 1970 y 1988, analizó la tendencia de la mortalidad infantil en su división por edad y por causas, destacando la existencia de una disminución de la tasa de mortalidad infantil en el período, consideraba que esta reducción se debió a la disminución de muertes de carácter exógeno; en este sentido se destacaba que la MIPN se habría reducido por la disminución de enfermedades respiratorias e infecciosas – intestinales, a estas últimas se las consideraba reducibles por buenas condiciones de saneamiento. Dora Celton, *Informe sobre la evolución demográfica de la ciudad de Córdoba entre 1970 y 1988*. Publicaciones Instituto de estadística y demografía, Facultad de Ciencias Sociales, UNC.

distintas zonas sanitarias de la provincia, realizándose su posterior comparación. Concluyeron que la mortalidad infantil había descendido, siendo más importante este descenso en la variable MIPN con respecto a la MIN. A través del análisis de la tendencia de la mortalidad infantil en la provincia de Córdoba y en la capital, teniendo en cuenta las causas de muerte se observó que el crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal, hipoxia neonatal y afecciones respiratorias del feto y recién nacido, infección intestinal, anomalías congénitas del corazón y del aparato circulatorio y neumonía se ubicaban entre las principales causas de defunción⁹.

A continuación revisaremos los niveles de mortalidad infantil, en la provincia de Córdoba, diferenciando la MIN de la MIPN, observando su evolución en el período de análisis.

Evolución de los índices de mortalidad infantil

La mortalidad es un hecho vital de gran interés tanto para el sector salud como para los estudiosos de la dinámica poblacional¹⁰; es considerado un indicador de las condiciones de salud de una determinada población, y también durante muchos siglos fue uno de los factores que determinaron la dinámica y estructura de las poblaciones.

La mortalidad infantil además de ser un índice especial de los niveles de mortalidad general, es también frecuentemente utilizada como un indicador del desarrollo de un país o sociedad en estudio, esto se debe a que la sobrevivencia infantil se encontraba íntimamente ligada a la situación económica y social; así como a ciertas características demográficas y biológicas¹¹.

Como es sabido, las causas de muerte de los niños durante el primer año de vida eran diferentes según el momento en que ocurría el fallecimiento. Las de origen biológico o endógenas predominaban en aquellas defunciones que se producían más cerca del nacimiento, en tanto que las relacionadas con el medio o exógenas eran aquellas que tenían lugar después de la cuarta semana de vida.

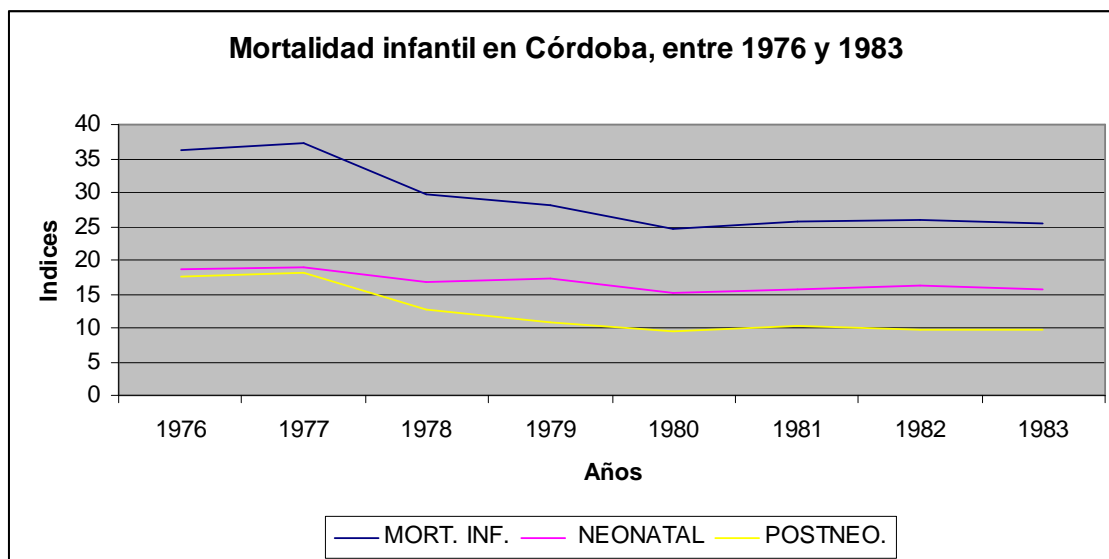
En el gráfico siguiente se puede apreciar los índices de mortalidad infantil en la provincia de Córdoba, para el período en estudio.

⁹ Susana, Alem y Otros, *Mortalidad infantil en la Provincia de Córdoba 1963-1982*, Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, UNC, 1986.

¹⁰ María Alejandra Fantín *Condiciones Socioeconómicas y Salud en el Gran Resistencia a Comienzos de la Década de 1990*, Cáp. 3. Ed. Ferreira. 1999, pp. 73.

¹¹ CELADE, 1975 citada en María Alejandra Fantín. 1999.

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia sobre bibliografía Ríos Carranza, Alicia; Alem, Susana y Otros. UNC.1986.

Se aprecia que el descenso en los índices de mortalidad infantil en general para el período en estudio es significativo, sobre todo en lo que respecta a la variable MIPN donde es más importante, en tanto que el índice de la MIN es el que había descendido menos¹².

Debemos destacar que el descenso fue más notorio porque en los últimos 10 años se había registrado un notable incremento de la natalidad, que de una tasa del 21,7 por mil pasó a 25 por mil en 1977. Comparativamente con el aumento de la natalidad, el número de muertes fue mucho menor; la tasa de mortalidad señaló un descenso equivalente al 28,5% entre 1970-1977 y llegó al 33,2% tomando como referencia el período 1970-1978. El descenso de la MIPN había sido mucho mayor, aproximadamente de un 40%; mientras que el descenso registrado por la MIN era cercano al 16%¹³.

En conclusión, advertimos según los índices de mortalidad infantil que, durante el período de estudio, las enfermedades que principalmente afectaban a la población infantil eran en su mayoría de origen exógeno, así como también enfermedades inmunoprevenibles; con respecto a estas últimas por medio de inoculaciones masivas y

¹² Al respecto en 1980 el Ministro de Salud Pública de la Nación Irán Campos sostenía “durante este período se ha producido el entrecruzamiento de las curvas de mortalidad neonatal y de la mortalidad postneonatal ya que en 1969 la primera constituía el 42% de la tasa de mortalidad infantil total, en 1976 el 50% y en 1977 el 50,5%” *Los Principios*, 6 de marzo de 1980, pp. 5.

¹³ *Los Principios*, 7 de abril de 1981, Pág. 4.

periódicas se llegó a un descenso importante de los índices de mortalidad, así como también se redujeron los niveles de incidencia de determinadas patologías.

A continuación observaremos cuáles eran las condiciones materiales de los hogares de los menores de 1 año que concurrieron al Hospital de Niños entre 1976 y 1983.

Condición socioeconómica del sector que asistía al Hospital de Niños

El hábitat en el cual se desarrolla el niño es uno de los condicionantes más importantes del proceso de salud/enfermedad del menor de 1 año, es fundamental que el hogar cuente con algunos servicios básicos como energía eléctrica, servicio sanitario adecuado y aprovisionamiento de agua potable. Una vivienda en buenas condiciones puede proteger al niño de determinados riesgos ambientales, en tanto que aquella que se encuentre en malas condiciones o sea muy precaria puede llegar a constituirse en fuente de contaminación; condicionando el desarrollo normal del niño al mismo tiempo que genera una menor resistencia a los procesos infecciosos¹⁴.

En nuestro análisis determinamos cuáles eran los servicios sanitarios con los que contaba la población que concurría al Hospital de Niños, teniendo en cuenta algunos condicionantes que intervinieron en el proceso salud/enfermedad de los niños, como la tenencia de determinados servicios; se analizó la provisión de agua, la tenencia de energía eléctrica, y el servicio sanitario de las viviendas; lo cual permitió establecer cuál era el contexto higiénico/sanitario que rodeaba al niño y a su familia. Otra de las variables utilizadas fue la ocupación del jefe de familia.

Al analizar las condiciones socioeconómicas del sector que llevaba a sus hijos al Hospital de Niños utilizamos algunos indicadores del NBI¹⁵, descubrimos importantes carencias en los hogares de los niños.

Comenzamos el análisis de las condiciones socioeconómicas del sector, observando el índice de hacinamiento¹⁶ de los hogares de estos niños, apreciamos que el

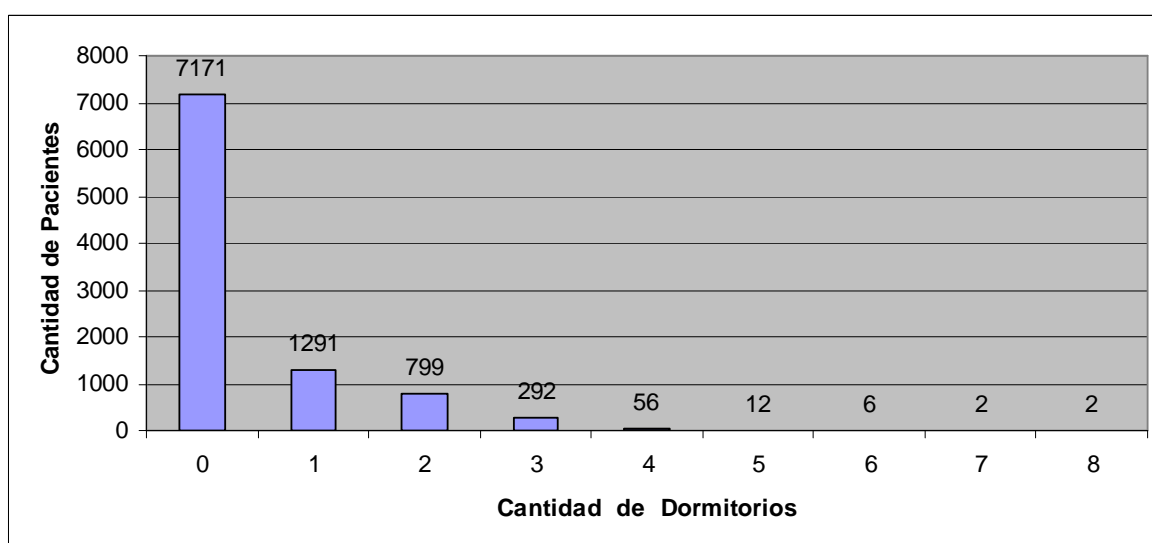
¹⁴ Frenk apuntaba que los factores de riesgo influyen en la incidencia de las enfermedades. Estos factores permiten caracterizar a los menores de 1 año en bajo, intermedio o alto riesgo eran: edad de la madre, nivel de instrucción, peso al nacer, edad gestacional, número de orden de nacimiento, filiación y lugar de ocurrencia. J. Frenk; Bobadilla; otros, "La transición epidemiológica en América latina", en *Boletín oficial sanitario panamericano*, n° 111, 1999

¹⁵ Indicador Necesidades Básicas Insatisfechas: 1) Tuvieran más de tres personas por cuarto. 2) Habitaran en viviendas de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria, u otro tipo, lo que excluye casa, departamento o rancho). 3) Habitaran viviendas que no tuvieran ningún tipo de retrete. 4) Tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela. 5) Tuviera cuatro o más personas por miembro ocupado y, además cuyo jefe tuviera baja educación. Op. cit, María Alejandra Fantín, 1999, pp. 73.

96% vivían bajo esta condición. Es decir que de 9.631 pacientes ingresados¹⁷ entre los años 1976 y 1983, 9.261 convivían en sus hogares con más de 3 personas por dormitorio. De este porcentaje el índice más alto lo registraban los niños que vivían en casas constituidas por una sola habitación donde se cocinaba, se comía y se dormía; éstos significaban el 74% del total con un promedio de 5 personas por dormitorio. El gráfico siguiente ilustra tal situación.

Gráfico 2

**Índice de hacinamiento en los hogares de los niños internados en el Hospital de Niños
Años 1976/1983**



Fuente: Elaboración propia sobre base de datos HC del Hospital de Niños 1976/1983

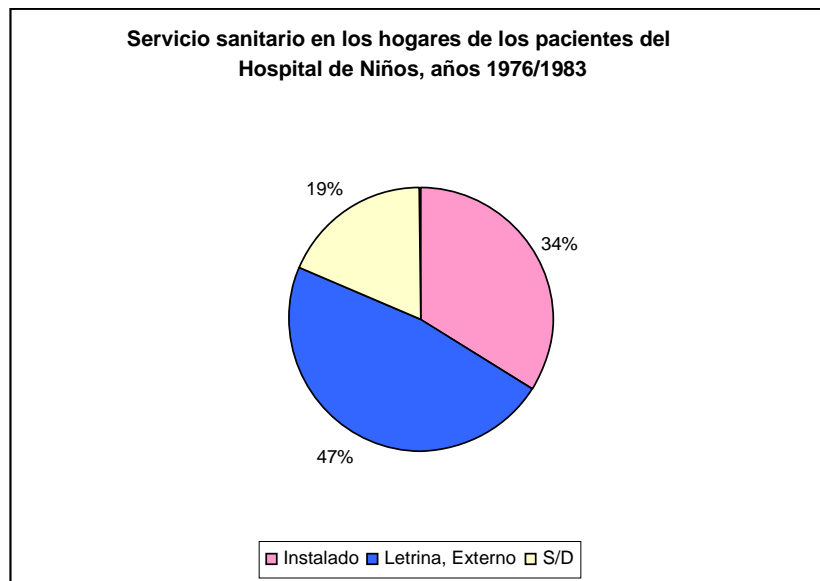
A continuación apreciamos la tenencia de determinados servicios en los hogares del sector que concurrió al nosocomio en cuestión. Estos servicios fueron servicio sanitario, energía eléctrica y agua potable.

En relación a las deficiencias encontramos un alto porcentaje de letrinas en las viviendas de los pacientes del Hospital de Niños; apreciamos que la mayoría de éstas contaban con un servicio sanitario deficiente; los porcentajes de retretes eran cercanos al 50%, lo cual indicaba que gran parte de las moradas de los niños internados no contaban con un servicio sanitario adecuado a las pautas mínimas de higiene. El siguiente gráfico muestra tal situación:

¹⁶ Se considera hacinamiento cuando hay más de tres personas por dormitorio.

¹⁷ A lo largo del período 1976/1983 se internaron en el Hospital de Niños, 17.834 niños, de los cuales 9.631 eran menores de 1 año, estos últimos fueron eje de la investigación.

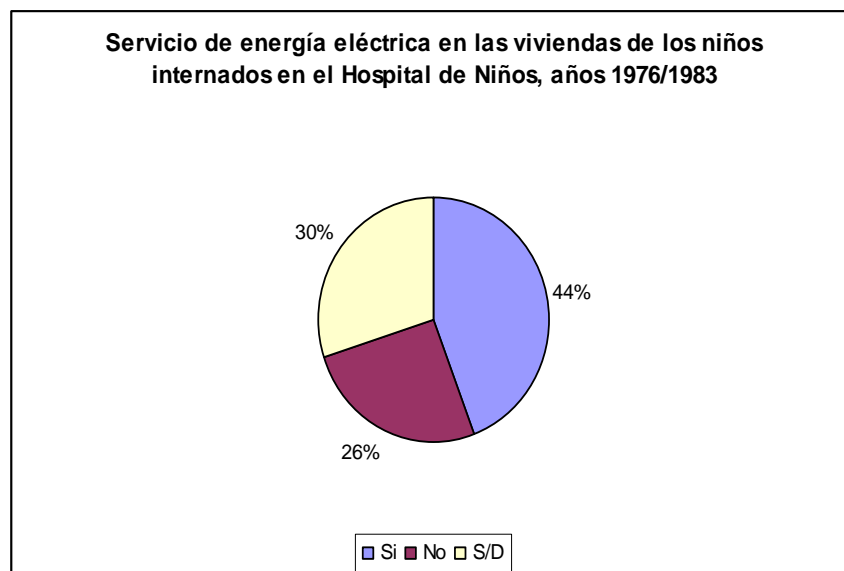
Gráfico 3



Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

Con respecto a si en los hogares de los niños había energía eléctrica, observamos que en los mismos existía una clara presencia de este servicio, sin embargo desconocemos la presencia de heladeras; la cual era fundamental para el mantenimiento de los alimentos, sobre todo en la época estival. En el siguiente gráfico se aprecian los porcentajes.

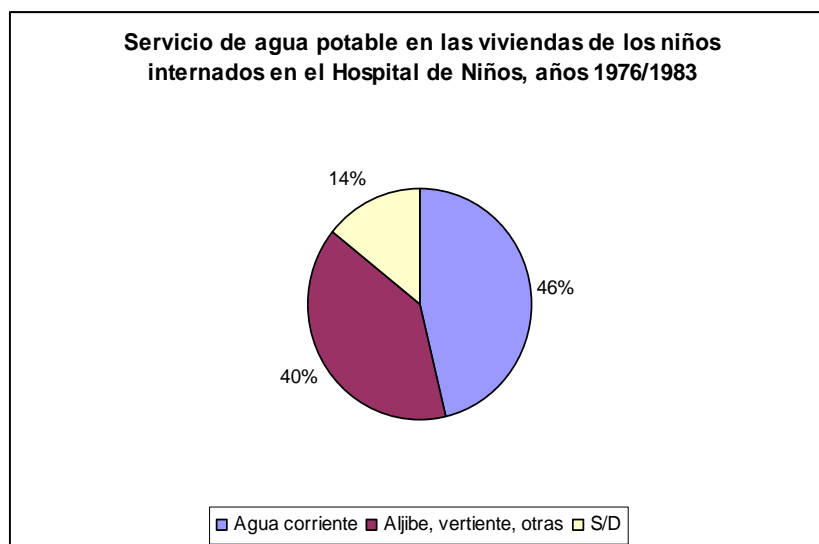
Gráfico 4



Fuente: Elaboración propia sobre base de datos HC del Hospital de Niños 1976/1983

En relación al aprovisionamiento de agua, destacamos que si bien existía un alto porcentaje de hogares en los cuales consumían agua potable, también existían muchas viviendas que se aprovisionaban de variadas formas del elemento vital, como canillas públicas, aljibes, entre otros. El gráfico siguiente se observa tal situación:

Gráfico 5



Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

Una de las primeras conclusiones a la llegamos es que un amplio espectro de la población que concurrió al Hospital de Niños no contaban con un servicio sanitario adecuado, independientemente del lugar de residencia de los mismos¹⁸.

Frenk, apuntaba que la tenencia de determinados servicios en las viviendas puede influir en los patrones de salud/enfermedad de los niños, convirtiéndolos en grupos de mayor riesgo frente a determinadas patologías. En los casos que analizamos la mayor carencia que tenía el sector era el servicio sanitario lo cual maximizaba el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con la higiene, como diarreas, micosis, entre otras¹⁹.

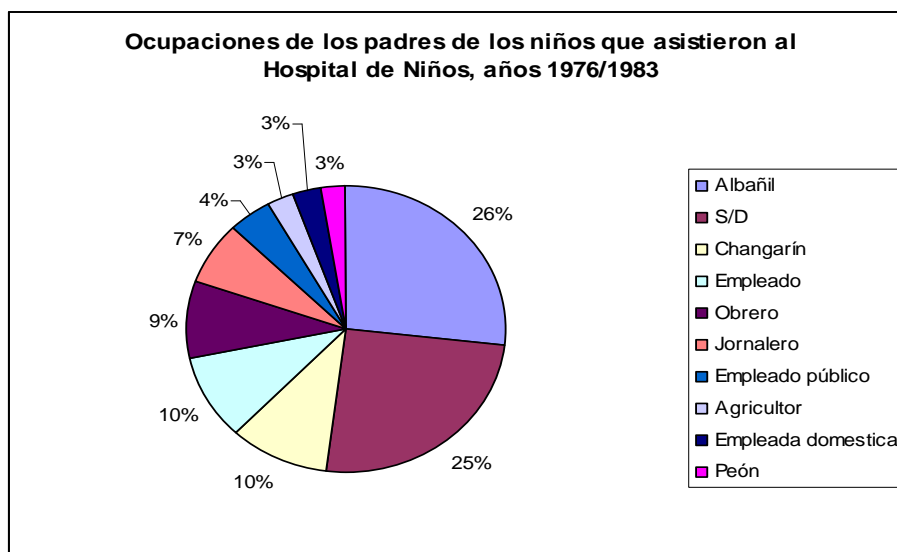
A continuación observaremos cuales eran las ocupaciones predominantes entre los padres que llevaron a sus hijos al nosocomio, eran las escasamente calificadas, entre

¹⁸ En la realización de los gráficos se tuvo en cuenta el universo total de los pacientes sin discriminar el lugar de procedencia de los mismos. Raquel Elizondo Barrios y Alejandra Gómez, discriminaron la tenencia de estos servicios según los barrios de la ciudad de Córdoba y las localidades del interior de la provincia. Raquel, Elizondo Barrios; Alejandra, Gómez; *“Morbilidad y mortalidad infantil, en Córdoba, en un período de crisis económica y social. El caso del Hospital de Niños, 1976/1983”*. Trabajo final de licenciatura en Historia, inédita, 2007

¹⁹ Op. cit. J. Frenk; Bobadilla, 1999.

ellas observamos que predominaban las ocupaciones como albañil, changarín, jornaleros, empleada doméstica, entre otros.

Gráfico 6



Fuente: Elaboración propia sobre base de datos HC del Hospital de Niños 1976/1983

Entre las labores desarrolladas por los padres de los niños, encontramos ocupaciones poco calificadas, así un 26% de ellos trabajaban como albañil, la ocupación de changarín y empleado representaban un 10% cada uno; para el resto de las ocupaciones sus porcentajes oscilaban entre el 9% y el 3% sobre el total.

En conclusión, las condiciones económicas del sector que concurrió al hospital no eran las más óptimas, teniendo en cuenta que en los hogares de los mismos el índice de hacinamiento era altísimo, en tanto que los servicios sanitarios eran deficientes; lo cual condicionaba el proceso de salud-enfermedad de los niños. A este contexto higiénico-sanitario desfavorable para la salud del menor, debemos agregarle que el jefe de familia se encontraba ocupado en tareas escasamente calificadas lo cual probablemente implicaba una remuneración escasa. Además no debemos olvidar que existía aproximadamente un 20% de los pacientes que no contaban con ninguno de los tres servicios, analizados en sus hogares.

En relación a lo anterior y destacando que el proceso de transición epidemiológica²⁰ no tiene una secuencia cronológica única y pueden coexistir distintos

²⁰ Frenk apunta que en el contexto latinoamericano se observa un panorama de gran heterogeneidad en el cual los países latinoamericanos se encuentran en diferentes etapas de la transición epidemiológica. Frenk, J. y Otros: “La Transición Epidemiológica en América Latina”, en Boletín Oficial Sanitario Panamericano N° 111.

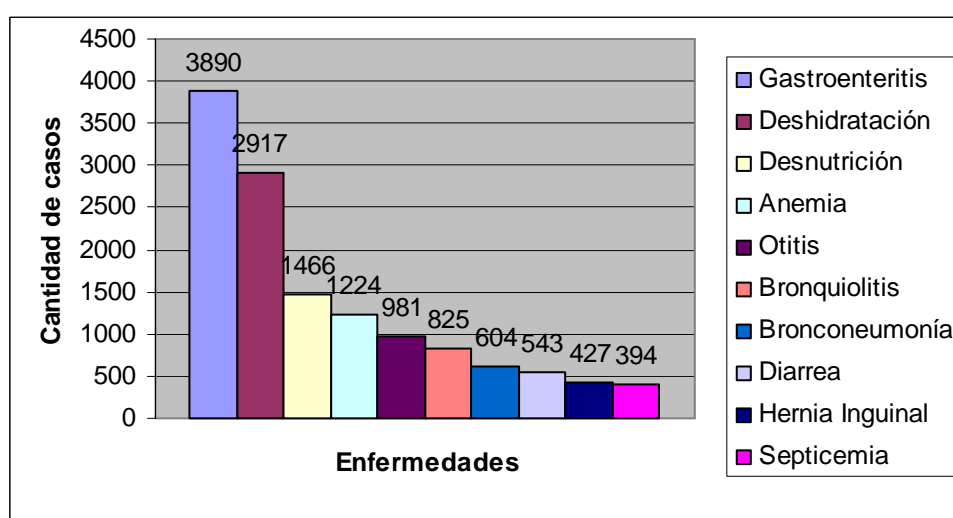
perfiles epidemiológicos entre los sectores poblacionales de una misma ciudad o región; pretendemos determinar el perfil epidemiológico del segmento de la sociedad cordobesa que llevaba sus hijos al Hospital de Niños.

Perfil epidemiológico

Para establecer cuáles fueron los procesos mórbidos que determinaron las internaciones de los niños menores de 1 año, en el cuadro siguiente constatamos cuales fueron las enfermedades más frecuentes durante todo el período estudiado²¹:

Gráfico 7

Enfermedades más frecuentes. Hospital de Niños. Años 1976/1983.



Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

La gastroenteritis representaba el 29% del total de las patologías registradas, la segunda de las enfermedades; la deshidratación, se ubicaba en el 21%; solamente estas dos enfermedades significaban el 51%. Como podemos apreciar en el gráfico, en tercer lugar se encontraba la desnutrición con el 11%; con escaso margen de diferencia en relación a la patología anterior, se ubicaba la anemia con 9%; la otitis significaba el 7%, la bronquiolitis el 6%; la bronconeumonía 4%; la diarrea representaba el 4%; la hernia inguinal se ubicaba en 3%; por último la septicemia con 2%. Sumando las enfermedades carenciales llegamos a un 71% del total considerado. Las enfermedades que afectaban el aparato respiratorio, bronquiolitis y bronconeumonía, significaban el 10%.

²¹ Se consideraron solamente las 10 enfermedades más recurrentes, el universo total de patologías registradas en el Hospital de Niños durante el período de análisis fue de 203.

Entre las patologías más habituales registramos un claro predominio de enfermedades infecciosas entre ellas gastroenteritis, otitis y septicemia, a las cuales debemos agregarle las afecciones respiratorias agudas como bronquiolitis y bronconeumonía; estas últimas presumiblemente se vieron potenciadas por el alto índice de hacinamiento existente en los hogares en los que residían los niños.

Otras enfermedades como deshidratación, desnutrición y anemia probablemente se vieron incrementadas por un aporte insuficiente de proteínas o calorías; estos aspectos actuarían como caldo de cultivo para el desarrollo de ciertas infecciones que situaban al niño enfermo en una condición de mayor vulnerabilidad frente a determinados patologías.

Es importante destacar que entre estas 10 enfermedades, sólo la hernia inguinal se destacó como una patología de carácter endógeno, mientras que los demás malestares se ubicaban entre las consideradas exógenas.

Específicamente la presencia de la gastroenteritis como la enfermedad más frecuente entre los niños internados en el hospital indicaría que este grupo de menores de un año se encontraba expuesto a una serie de riesgos potenciados por el contexto higiénico-sanitario deficiente.

Inmunizaciones en los niños internados

El calendario de vacunación establecido por el Ministerio de Salud de la Nación preveía la inmunización contra una cantidad importante de enfermedades entre las que se contaban: sarampión, rubeola, tuberculosis, difteria, tétanos, poliomielitis, coqueluche, etc. A diferencia de algunas otras afecciones contra las cuáles no había programas de vacunación como la meningitis o la hepatitis.

El cronograma se encontraba conformado de la siguiente manera:

Cuadro 1

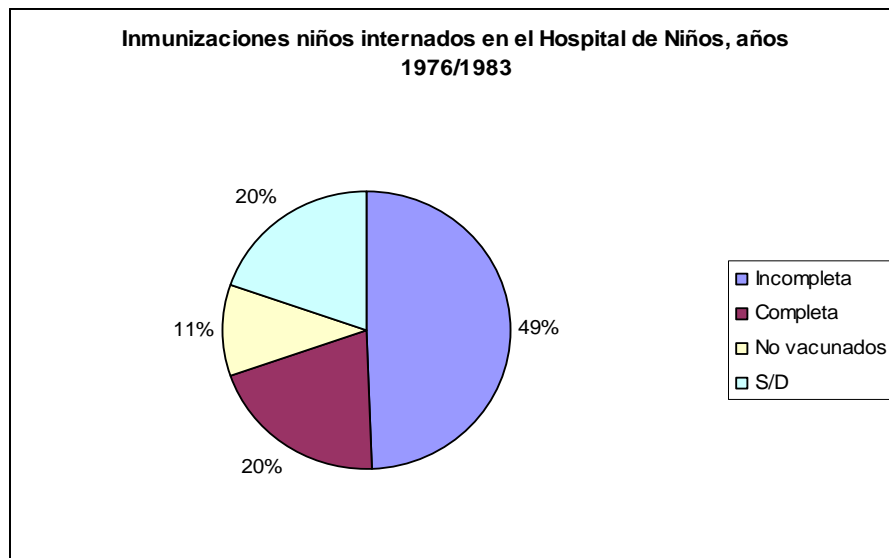
HASTA 1 MES	BCG	
2 MESES	SABIN 1° DOSIS	TRIPLE 1° DOSIS
3 MESES		TRIPLE 2° DOSIS
4 MESES	SABIN 2° DOSIS	TRIPLE 3° DOSIS
6 MESES	ANTIHAVARIOLICA	
9 MESES	ANTISARAMPIONOSA	

Fuente: Elaboración propia sobre carnet de vacunación. Ministerio de Bienestar social y Salud pública.1978.

Como podemos apreciar la mayor parte de las inmunizaciones se debían realizar durante los primeros meses de vida del niño. Una aclaración que debemos hacer es que el cronograma continuaba con refuerzos a los 6, 12 y 18 años que no fueron tenidos en cuenta por limitarse la investigación a los menores de 1 año solamente.

Del análisis de las HC del Hospital de Niños, en relación a la cantidad de vacunas que tenían colocadas los niños que habían asistido allí, observamos que la mayor parte de ellos no contaban con todas las inmunizaciones que correspondían de acuerdo a la edad de los pacientes. En el siguiente gráfico se observan los totales:

Gráfico 8



Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños.

A través de las HC relevadas concluimos que la mayoría de los niños que se internaron en el Hospital de Niños no contaban con todas las dosis previstas por el cronograma, estos representaban el 49%; por su parte había un grupo de niños que no poseían ninguna inmunización ellos constituían el 10%, en tanto que solamente un 20% se encontraba al momento de la internación con todas las dosis acordes a su edad; un 19% no brindó datos al respecto.

La función de las campañas de vacunación era la de inmunizar a determinado grupo considerado en riesgo de contraer determinada enfermedad. Para ello era necesario que al niño se le realizaran todas las dosis correspondientes, a partir de lo

analizado apreciamos que la mayor parte de estos niños no tenían todas las dosis por lo tanto se encontraban bajo el riesgo de contraer alguna afección inmunoprevenible²².

Enfermedad y contexto higiénico-sanitario

Luego de determinar cuales eran las enfermedades más frecuentes entre los niños, decidimos observar en qué medida el contexto higiénico-sanitario favorecía la reincidencia de determinadas patologías o no²³. Para ello relacionamos las enfermedades más significativas durante el período 1976/1983 y ciertos indicadores conectados con las viviendas que ofrecían información sobre el modo de vida de los niños, específicamente utilizamos como variables la tenencia o no de agua potable, de energía eléctrica y la disponibilidad o ausencia de baño instalado²⁴.

El objetivo de este análisis era determinar la relación existente entre las afecciones y las carencias en las viviendas de los pacientes.

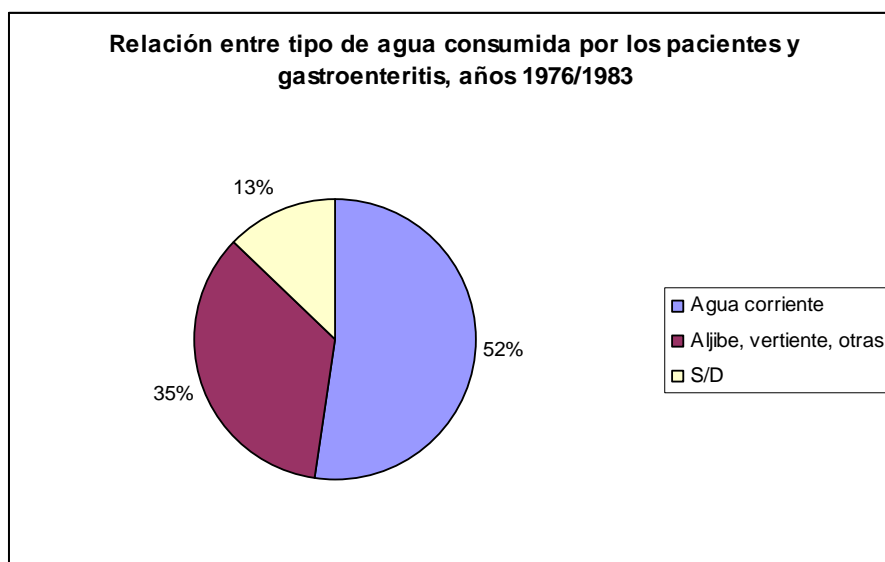
A continuación observamos la relación existente entre una determinada patología y la tenencia de determinado servicio:

Gráfico 9

²² Durante los años 1976 y 1983, se proyectó la realización de varias campañas de vacunación antisarampionosa, antipoliomielítica, algunas de ellas tenían previsto la inmunización domiciliaría, en la realización de las mismas el Estado provincial había dispuesto la afectación de los empleados públicos y docentes. *Los Principios años 1976/1983*.

²³ J. Frenk sostenía que existía una clara diferencia entre las condiciones de vida y los estilos de vida. Las primeras se refieren a la situación objetiva material en la cual existen los diferentes grupos sociales. Los segundos representan la manera en la cual esos grupos sociales traducen su situación objetiva en patrones de conducta. Así, las condiciones de vida generan lo que puede llamarse riesgos sociales, mientras que los estilos de vida producen riesgos conductuales. Considerados como un todo ambos definen la calidad de vida. En síntesis, el autor puntualizaba que “*los niveles de salud eran el resultado del equilibrio entre la exposición a agentes de enfermedades y la susceptibilidad individual, que resulta de una compleja red de riesgos, producto a su vez de un conjunto articulado de determinantes sociales y biológicos*” op. cit. J. Frenk 1997.

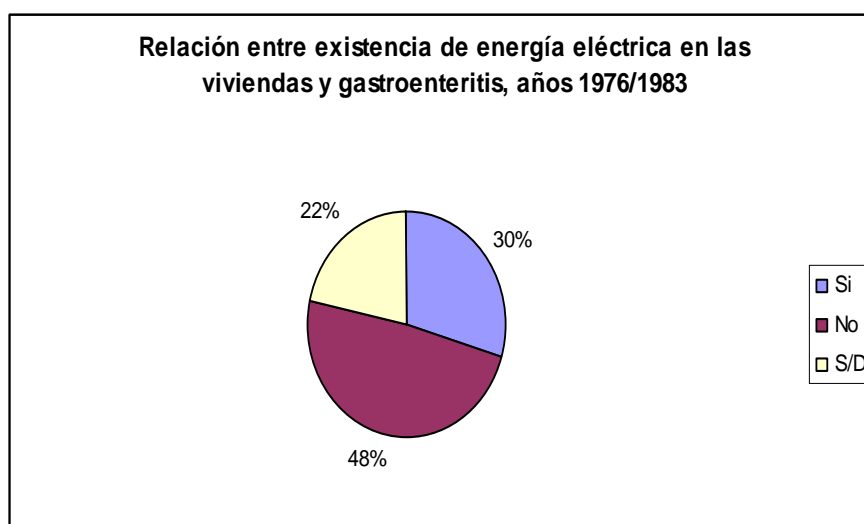
²⁴ Recientemente Luis Abed ha postulado la idea de que lo sano y lo enfermo eran distintos grados de salud o enfermedad, es decir que eran dos extremos en la variación biológica que en forma oscilante alternarían en el individuo en el transcurso de su vida, durante su adaptación al medio ambiente, dependiendo meritoriamente de las condiciones internas o externas bajo las cuales se halla sometido el hombre. Luis Abed, “*La enfermedad en la historia. Una aproximación política, cultura y socioeconómica*”, pp. 35.



Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

Observamos que el 52 % de los niños enfermos de gastroenteritis contaban con agua potable en sus viviendas, sin embargo debemos destacar que un 35 % no contaba con este servicio esencial y obtenía agua a través del aprovisionamiento público o por medio de aljibes, bombas, vertientes y otros. Para el caso de esta patología era fundamental tener en el hogar un buen aprovisionamiento de agua.

Gráfico 10

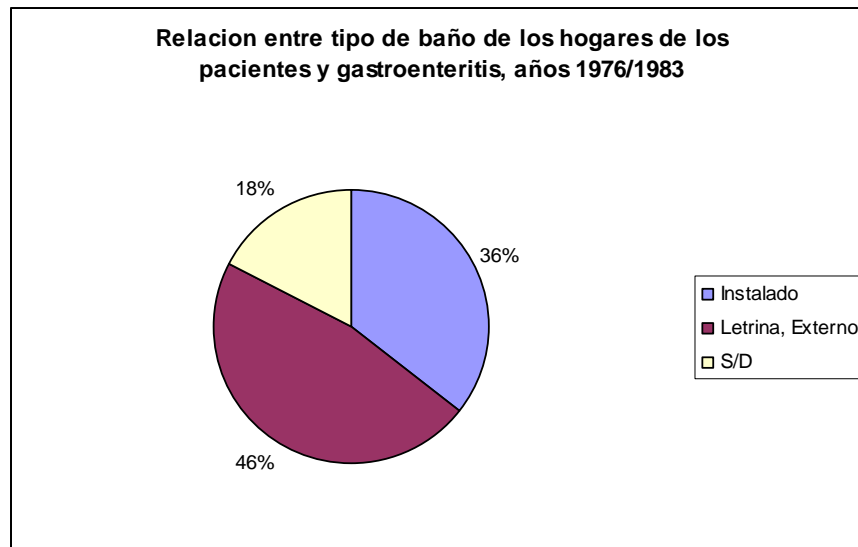


Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

El 22% de los pacientes no contaban con el servicio de energía eléctrica en sus viviendas, debemos destacar que un 30% no dio información sobre este tema; en tanto que el 48% sí contaba con el servicio.

A continuación observamos la relación existente entre gastroenteritis y el tipo de baño predominante en los hogares:

Gráfico 11

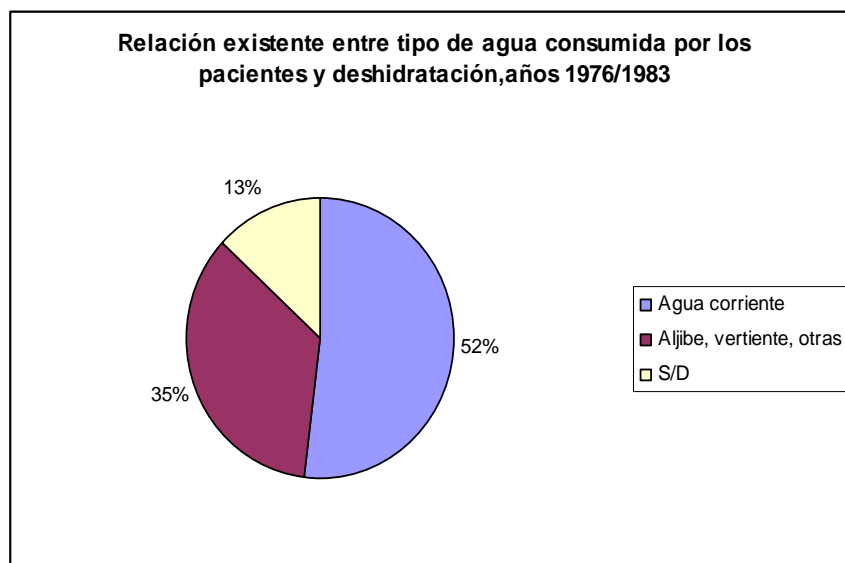


Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

El 36 % de los pacientes tenían baño instalado en sus hogares, sin embargo, es significativo el porcentaje de los que poseían letrina y baños externos el cual era del 46%, porcentaje por demás significativo, teniendo en cuenta que un servicio sanitario adecuado a las pautas mínimas de higiene es fundamental en los hogares para evitar la transmisión de enfermedades de carácter exógeno.

Consideramos en los 3 gráficos siguientes la relación existente entre las variables y deshidratación:

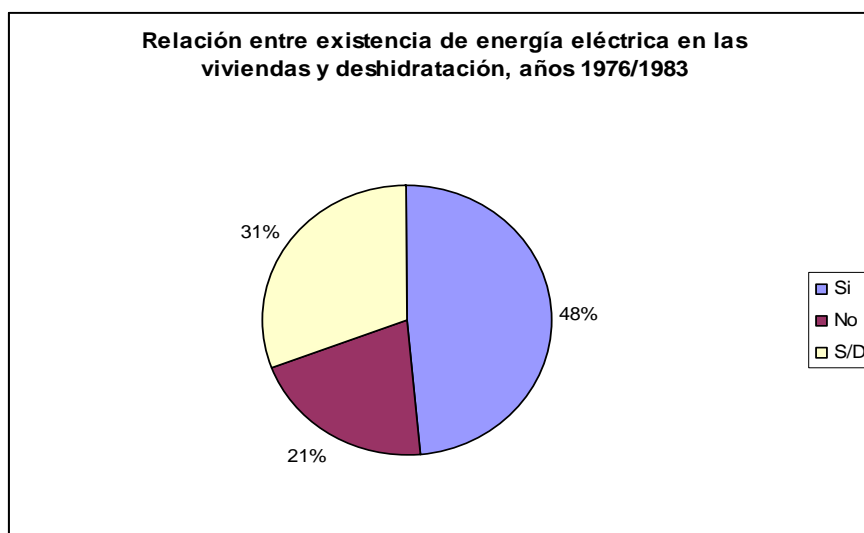
Gráfico 12



Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

El 52 % de los pacientes ingresados por deshidratación contaban con agua corriente, pero destacamos que el 35% recurría a distintas formas de aprovisionamiento entre los que se contaban agua pública, aljibes, etc. Por su parte el 13 % restante no brindó datos sobre el tipo de agua consumida.

Gráfico 13

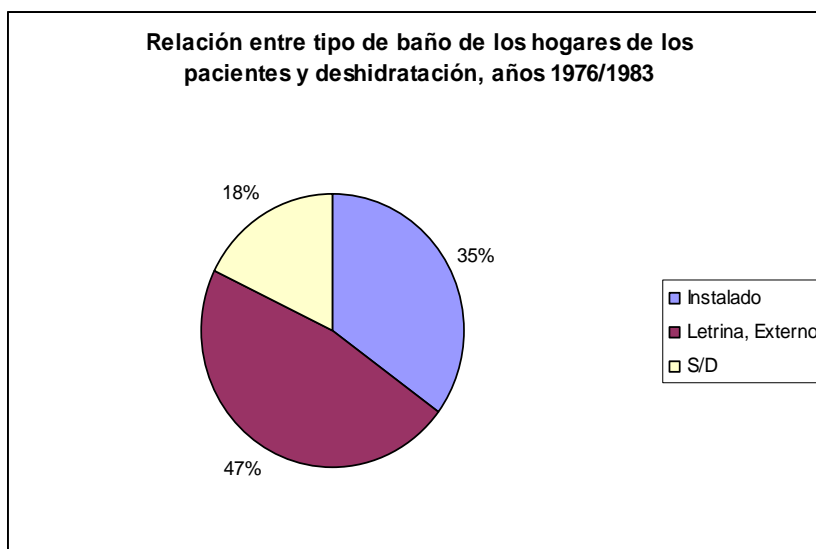


Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

Aproximadamente el 50% del total de pacientes que fueron internados en el hospital durante el período 1976/1983 contaban con el servicio de energía eléctrica, en

segundo lugar se ubicaban los “sin datos” con el 31% y por último registramos a aquellos que no contaban con el servicio, los cuales eran el 21%.

Gráfico 14



Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

En primer lugar, se ubicaban los baños tipo letrinas y los de carácter externo con el 47%, en segundo lugar, los baños instalados con un porcentaje del 35%. Luego contabilizamos aquellos que no proporcionaron información sobre el servicio sanitario, éstos significaban el 18%.

De lo anterior concluimos que las condiciones deficientes de las viviendas se presentaban como un condicionante importante en el proceso de salud-enfermedad, sobre todo en la propagación de aquellas afecciones de carácter infeccioso. Dentro de éstas encontramos a la patología más frecuente entre los niños que era la gastroenteritis, dicha enfermedad del estómago y del intestino tenía como principal factor de riesgo el muy alto porcentaje de letrinas existente en las viviendas.

Además es importante destacar que si bien el 52% de las viviendas contaban con agua corriente, más del 35% de los niños internados por gastroenteritis no consumían agua potable y más del 20% no tenía energía eléctrica en sus hogares, lo que demostró la carencia de agua corriente y de luz se presentaban también como factores de riesgo para la salud de los niños.

En las viviendas de niños internados por las demás patologías analizadas el panorama era similar. En los hogares de los niños internados por desnutrición se

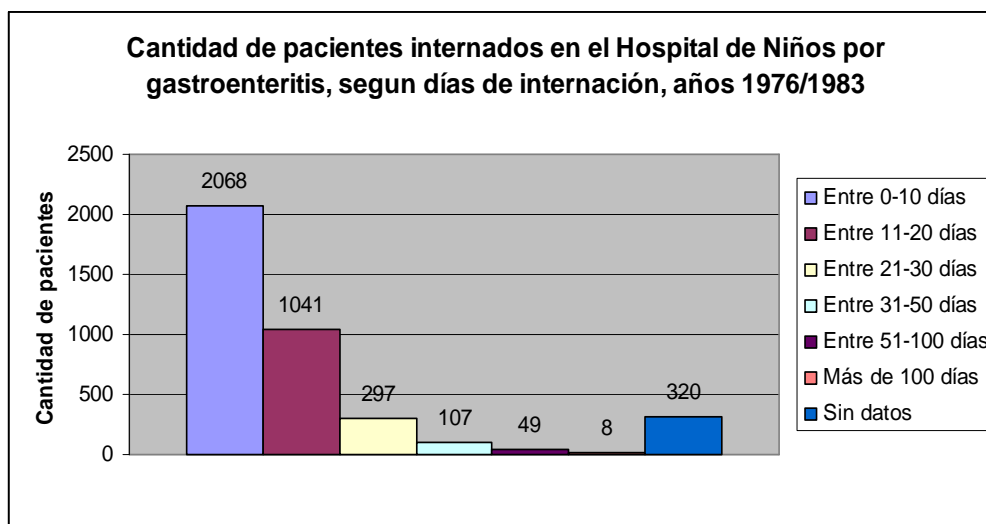
registró el índice más alto de letrinas, éste llegó a superar el 50%, mientras que casi el 40% no consumía agua potable y más del 25% no disponía de luz eléctrica. Además, debemos recordar que las ocupaciones de los padres de estos niños eran bastante precarias ya que desempeñaban trabajos poco calificados o escasamente calificados, lo cual lleva a pensar en la probabilidad de que no contaran con los recursos necesarios para poder brindar una dieta equilibrada a sus hijos.

Por lo tanto, destacamos que las condiciones socioeconómicas deficientes manifestadas concretamente en la falta de baño instalado en los hogares y en la falta de consumo de agua potable caracterizaban a los niños menores de 1 año internados en el Hospital de Niños como un grupo en alto riesgo de contraer enfermedades.

Enfermedad y días de internación

A continuación establecimos la relación existente entre una determinada enfermedad y la estadía en el hospital demandada por cada una de ellas. El objetivo de esta relación es verificar cuál de estas patologías fue la que requirió mayor cantidad de días de internación, exigiendo en consecuencia, mayor cuantía de servicios e insumos por parte del hospital.

Gráfico 15

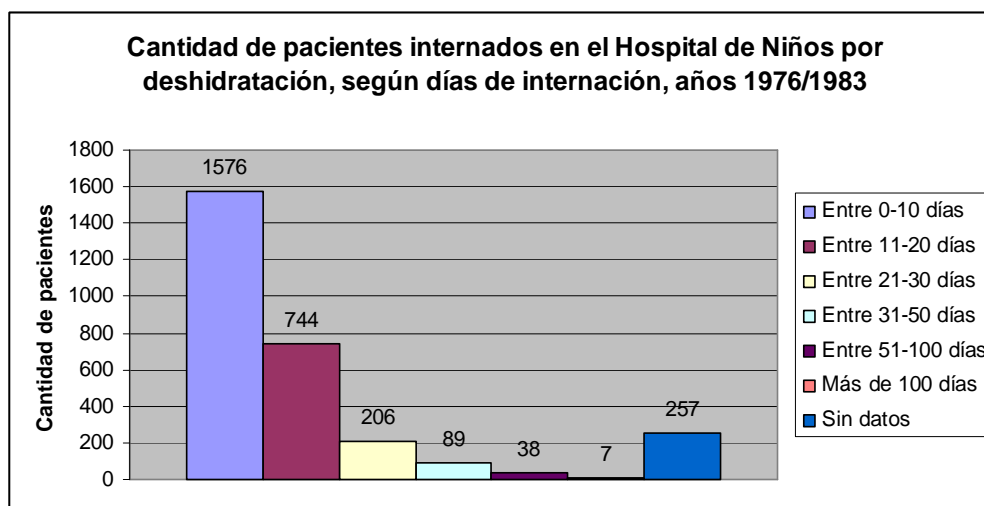


Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

En el gráfico anterior observamos que esta patología en su conjunto no demandó una estadía, mayor a los 10 días, ya que estas internaciones representaban el 53%. En segundo lugar, se ubicaron aquellos que permanecieron en el hospital por más de 10

días y menos de 20, con un 27%; los niños que debieron permanecer por más de 20 y hasta 100 días, significaban el 11%, rescatamos la presencia de algunos casos excepcionales en los que la internación se extendió por más de 100 días.

Gráfico 16



Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

El 54% de los niños internados por deshidratación debieron permanecer en el hospital por menos de 10 días; por su parte, aquellos que estuvieron internados más de 10 días pero menos de 20, significaban el 25%; los casos que requirieron más de 20 y hasta 100 días de internación constituyeron el 11%. En este caso también encontramos ciertas particularidades que demandaron una estadía superior a los 100 días.

En su mayoría los niños requirieron un máximo de 10 días de internación para recuperarse de las enfermedades que padecían. Destacamos que entre los internados por bronquiolitis, más del 70% de los menores de 1 año no permanecieron en el hospital por más de 10 días, siendo ésta la patología que requirió menor cantidad de días de internación para que los enfermos se recuperaran; mientras que entre las demás afecciones los porcentajes de estadías de hasta 10 días eran cercanos o superaban escasamente el 50%.

Las características de las patologías analizadas no demandaron, en general, de estadías que superaran los 20 días, salvo algunas excepciones que requirieron de estancias prolongadas.

Enfermedad y antecedentes patológicos

En el siguiente gráfico verificamos la relación existente entre una determinada enfermedad y los antecedentes patológicos de los pacientes; para este caso tuvimos en cuenta las 10 enfermedades anteriormente analizadas.

Cuadro 2

Relación entre enfermedades y antecedentes patológicos en los pacientes internados

Enfermedad Actual	Antecedentes				Patológicos		
	Bronquitis	Diarrea	Angina	Gastroent.	Otitis	Resfrío	Rinitis
Gastroenteritis	446	421	316	294	270	174	-----
Deshidratación	319	333	207	201	201	115	-----
Desnutrición	156	198	108	123	102	61	-----
Anemia	181	125	81	84	64	74	-----
Otitis	119	109	79	65	88	-----	56
Bronquiolitis	87	44	-----	-----	46	48	48
Bronconeumonía	89	46	41	38	37	38	-----
Diarrea	51	75	35	32	32	-----	22
H. Inguinal	40	35	28	-----	24	38	23
Septicemia	35	29	18	26	14	15	-----

Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

La gastroenteritis era la enfermedad que provocó el mayor porcentaje de niños internados, esta patología tuvo como antecedentes en primer lugar a la bronquitis, seguida de cerca por la diarrea y luego se ubicaba la angina; mientras que en cuarto lugar se ubicaban los niños que fueron internados por gastroenteritis y que habían sufrido anteriormente esta enfermedad. Estas 4 patologías representaban el 38% de los antecedentes en relación a la gastroenteritis.

Una gran cantidad de niños internados por enfermedades respiratorias agudas entre 1976 y 1983 presentaban entre sus antecedentes patológicos un porcentaje importante de afecciones respiratorias, en la bronconeumonía el índice era de casi el 28%, mientras que en la bronquiolitis era de más del 26%; lo que nos llevó a concluir que estas enfermedades tenían una presencia reiterada entre los niños o que eran más difíciles de combatir; es probable que la reincidencia de esta patología se debiera a que las madres no completaban el tratamiento terapéutico.

La gastroenteritis aparecía como una afección anterior en 8 de las 10 enfermedades analizadas, solamente no figuraba entre los antecedentes patológicos de la

bronquiolitis y de la hernia inguinal. Como es sabido, patologías de estas características debilitan principalmente el sistema inmunológico, predisponiendo a los menores a contraer nuevas enfermedades.

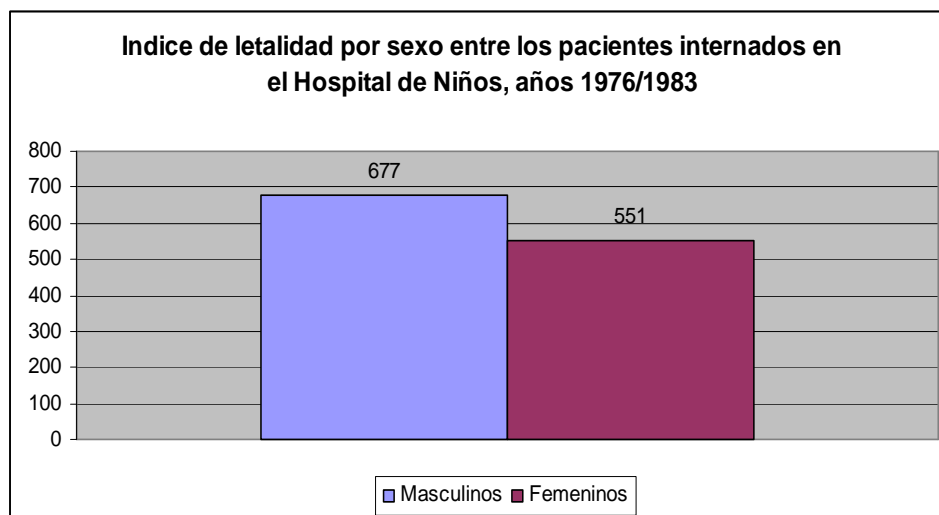
Índice de letalidad

Los niños que concurrieron al Hospital de Niños en el período 1976/1983, como expusimos anteriormente, se encontraban expuestos a una serie de riesgos que condicionaban su proceso de salud-enfermedad. Como pudimos apreciar las enfermedades que afectaban principalmente a este grupo de pacientes eran de carácter infeccioso que no demandaron períodos prolongados de internación, además no se trataba de casos que requirieran de cuidados intensivos.

Es importante destacar que la implementación de diagnósticos correctos y de prácticas terapéuticas efectivas tuvo como efecto principal la disminución de las probabilidades de un desenlace fatal entre los enfermos.

Considerando lo anterior, en los gráficos siguientes analizaremos los índices de letalidad registrados en el Hospital de Niños en el período 1976/1983:

Gráfico 17

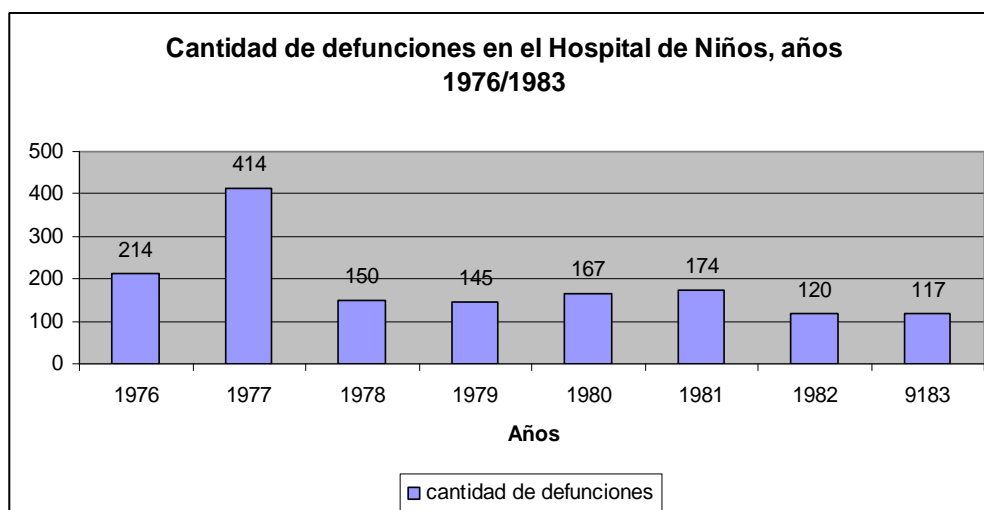


Fuente: Elaboración propia sobre base de datos de HC del Hospital de Niños 1976/1983

De un total de 9.631 pacientes internados en el Hospital de Niños entre 1976 y 1983, fallecieron 1.228 de los cuales un 55% eran de sexo masculino, mientras que un 47% correspondía al sexo opuesto.

El porcentaje de letalidad en relación al total de pacientes internados a lo largo de todo el período era de aproximadamente el 13%.

Gráfico 18



Fuente: Elaboración propia sobre libro de la morgue del Hospital de Niños 1976/1983

El gráfico indica que la cantidad de defunciones para todo el período siguió una tendencia constante, con algunos altibajos. Así para el año 1976 se contabilizaron 214 fallecimientos, los que representaban un 17%, conformando el pico máximo para todo el período. Desde ese momento se observó una tendencia descendente. Sin embargo, en el año 1981 se produjo un nuevo incremento en la cantidad de muertes producidas, cifra que se elevó a 174 significando el 14% del total; en adelante y hasta el momento en que finalizó el análisis, los niveles mostraron una tendencia al descenso.

A lo largo de todo el trabajo dejamos constancia que la salud no se encontraba condicionada sólo por lo científico sino que existieron muchos factores que actuaron como condicionantes de este proceso. Entre éstos las condiciones de vida, cristalizadas en el contexto socioeconómico deficientes se manifestaron como uno de los condicionantes más importantes del proceso salud/enfermedad del niño menor de 1 año.

El perfil epidemiológico de los niños menores de 1 año internados en el Hospital de Niños entre 1976/1983, mostraba un estancamiento o un descenso muy lento de las enfermedades infecciosas, esto es probable que se haya encontrado potenciado por el contexto higiénico sanitario deficientes de los hogares de los niños lo cual favorecía la reincidencia de determinadas patologías.

A partir del análisis de las condiciones socioeconómicas evidenciamos un claro predominio de la morbilidad sobre la mortalidad; considerando que a nivel provincial los índices de mortalidad infantil habían descendido, en el Hospital de Niños comprobamos que los índices de letalidad siguieron la tendencia de la mortalidad. Esto

nos llevó a concluir que entre 1976/1983 en el Hospital de Niños de Córdoba, existía predominio de morbilidad infecciosa pero con menor presencia de mortalidad.

Conclusiones

La salud en la actualidad es entendida no solamente como un fenómeno biológico sino también social, ya que factores como el medio ambiente, las condiciones materiales de vida, la nutrición o la estructura económica actúan como condicionantes de la salud.

El Hospital de Niños era considerado como un importante referente sanitario, sobre todo para un sector significativo de la ciudad de Córdoba, al que concurrieron de vastos sectores de la sociedad cordobesa.

En los casos analizados observamos que la mayoría los hogares tenían agua corriente; sin embargo, los que contaban con aprovisionamiento de agua pública o de aljibes representaban un porcentaje significativo. Con respecto al servicio sanitario, la mayoría de las casas poseían letrinas y baños externos; además, existió un alto porcentaje de hogares con energía eléctrica. Más del 90% del total de pacientes considerados convivían con más de 3 personas por dormitorio, es importante destacar que el 74% poseían casas compuestas por una sola habitación la cual cumplía la función de cocina y dormitorio, la diferencia con respecto a los hogares con 1 dormitorio era muy significativa, ya que éstos sólo representaban el 13% del total.

La mayoría de los padres que internaron a sus hijos en el Hospital de Niños en el período 1976/1983 desempeñaban ocupaciones con escaso nivel de calificación, como albañil, jornalero, empleada doméstica, etc. esto determinaba una situación de carencia en el ámbito familiar que se reflejaba en la imposibilidad de acceder a una alimentación suficiente para una nutrición adecuada, a una vivienda digna, etc.; aspectos todos que en definitiva implicaban vulnerabilidad frente a los factores de riesgos a los cuales se encontraban expuestos los niños.

De modo que planteamos como evidente la relación existente entre la calidad de vivienda en la que vivían los niños y el riesgo de contraer enfermedades sufrido por ellos. Como es sabido, la vivienda es el ámbito donde el niño comienza a aprender hábitos de higiene y de educación que le van a permitir crecer gozando de salud física y mental; por lo tanto, las condiciones de insalubridad en las viviendas se presentaban como un condicionante fundamental en la existencia de determinadas enfermedades.

Los padecimientos que se presentaron con mayor frecuencia durante todo el período fueron: gastroenteritis, deshidratación, desnutrición, anemia, otitis, bronquiolitis, bronconeumonía, diarrea, hernia inguinal y septicemia. Esto evidenció la primacía de enfermedades infecciosas y parasitarias, las que potenciadas por deficiencias en la nutrición, indicaba que los pacientes se encontraban en una etapa transicional en la cual la exposición a altos riesgos los retrasaban en la transición epidemiológica.

Considerando que diferentes sectores sociales de una misma ciudad atraviesan a distinto ritmo la transición epidemiológica, debemos destacar que si bien parte de la sociedad cordobesa entre 1976 y 1983 se encontraba en las últimas etapas de la transición; específicamente los pacientes internados en el hospital estaban aún en la etapa transicional y conformaban un grupo expuestos a un alto riesgo de acuerdo a los indicadores socioeconómicos. Pero la repuesta social organizada manifestada a través del sistema de atención a la salud brindada por el Hospital de Niños colaboró en la reducción de ese nivel de riesgo en el que se encontraban los niños. Si bien ellos estaban internados en el hospital en su mayoría a raíz de enfermedades infecciosas, a través de la atención médica obtenida en el nosocomio el nivel de riesgo disminuía, ya vimos que las tasas de letalidad eran relativamente bajas, dando cuenta de un predominio de la morbilidad por sobre la mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

Abed, Luis César, *La enfermedad en la historia. Una aproximación política, cultural y socioeconómica*, Dirección General de Publicaciones UNC, Córdoba, 1993.

Aguilar, Mercedes, *La Transición epidemiológica en América del Sur. Las Causas de Defunciones en los Países más envejecidos: Argentina, Chile y Uruguay*. II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. México. 2006

Alem, Susana; Bustos, María del Carmen; Secrestat, Raúl, *Mortalidad infantil en la Provincia de Córdoba 1963-1982*, Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, UNC, 1986.

Arroyo, Fernando, *Subdesarrollo y Tercer Mundo*, Cincel Kapelusz, Bogotá, 1994.

Bernabeu Mestre, *La transición sanitaria: una revisión conceptual*, en Boletín de la Asociación de demografía histórica, XIV, 1996.

-----,: *Enfermedad y Población. Una aproximación Crítica a la Epidemiología Histórica Española*. Revisiones de Salud Pública. 1991.

Bourdelaís Patrice, *Epidemias y población: Balance y perspectivas de las investigaciones en Annales de demografía histórica*, París, 1997.

Celton, Dora, *Informe sobre la evolución demográfica de la ciudad de Córdoba entre 1970 y 1988*. Publicaciones Instituto de estadística y demografía, Facultad de Ciencias Sociales, UNC.

-----, *La mortalidad infantil en la ciudad de Córdoba entre 1869 y 1990*.

Fantin, María Alejandra, *El concepto salud-enfermedad: una construcción social*, en Temas de Población.

-----, *Condiciones Socioeconómicas y de Salud en el Gran Resistencia a Comienzos de la Década de 1990*, Cáp. III, Ed. Ferreira, 1999, Pág. 73.

Franci Alvarez, María, *Mortalidad diferencial de los menores de una año. Argentina 1980-1995*, CEA, UNC, 1998.

Frenk, J, Bobadilla y otros, *La transición epidemiológica en América Latina*, Boletín Oficial Sanitario.

-----, *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica, México, 1997.

Mazzeo, Victoria, *Mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires. Período 1970-1988*, Primeras Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Facultad de Filosofía y Humanidades, UNC, 1991.

Ríos Carranza de López, Alicia y Otros, *Mortalidad infantil en la provincia de Córdoba*, Departamento de Estadística, Dirección de Planeamiento Sanitario, Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba.